

## 準公営企業室関係資料

資料3-1	公立病院の現状について.....	P1
資料3-2	公立病院経営強化プランの策定について.....	P4
資料3-3	医療提供体制に係る諸課題について.....	P8
資料3-4	持続可能な地域医療提供体制の確保に向けた地方財政措置について.....	P18
資料3-5	オンライン資格確認について.....	P27
資料3-6	公立病院に対する繰出金の地方公営企業決算状況調査への計上について.....	P28
資料3-7	下水道事業における広域化・共同化の推進について.....	P29
資料3-8	緊急自然災害防止対策事業債について .....	P31
資料3-9	観光施設事業及び宅地造成事業における財政負担リスク限定について.....	P33

# 公立病院損益収支の状況

(単位:億円、%)

項目	年度	29	30	R1	2	3	(B)-(A)
							(A)
総 収 益		50,013	51,016	52,070	55,285	58,401	5.6
(うち他会計繰入金)		6,082	6,203	6,302	6,493	6,384	△ 1.7
経 常 収 益		49,694	50,652	51,713	54,399	57,515	5.7
うち 医 業 収 益		43,657	44,487	45,526	44,360	46,676	5.2
うち 国庫(県)補助金		197	254	231	4,926	6,224	26.3
総 費 用		50,998	51,877	53,054	53,919	55,105	2.2
経 常 費 用		50,461	51,337	52,693	53,149	54,259	2.1
うち 医 業 費 用		47,930	48,811	50,056	50,370	51,452	2.1
純 損 益		△ 985	△ 860	△ 984	1,366	3,296	141.2
経 常 損 益		△ 767	△ 685	△ 980	1,251	3,256	160.3
累 積 欠 損 金		19,005	19,498	19,908	19,062	16,682	△ 12.5
経 常 収 支 比 率		98.5	98.7	98.1	102.4	106.0	—
医 業 収 支 比 率		91.1	91.1	91.0	88.1	90.7	—
修 正 医 業 収 支 比 率		86.4	86.3	86.2	81.2	83.1	—

出典:地方公営企業決算状況調査

(注1)公営企業型地方独立行政法人病院を含む。

(注2)各項目の数値は表示単位未満を四捨五入しているため、差引数値等が一致しない場合がある。

# 公立病院における新型コロナウイルス感染症への対応状況①

## ① 各都道府県の病床・宿泊療養施設確保計画に位置づけられた即応病床数

(1) 総数 … 46,095

(2) (1)のうち公立病院 … 13,584 → 公立病院のシェア(2)／(1) = 約29%

## ② 人工呼吸器等使用新型コロナ入院患者数(人)

(1) 総数 … 295

(2) (1)のうち公立 … 89 → 公立病院のシェア(2)／(1) = 約30%

(参考) 全国の病床数に占める公立病院の病床数は約**13%**

(注)①は「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査」(厚生労働省・令和4年10月21日時点)に基づき作成。

②は「新型コロナウイルス感染症患者の受入状況」(厚生労働省・令和4年8月31日時点)に基づき作成。

参考は医療施設動態調査、地方公営企業決算統計より。

「公立病院」とは、地方公営企業法が適用される病院及び公営企業型地方独立行政法人が運営する病院をいう。

# 公立病院における新型コロナウイルス感染症への対応状況②

(都道府県病床・宿泊療養施設確保計画における公立病院の取組状況)

- ・ 計画対象公立病院は**総公立病院の8割程度**。ただし、**200床以上規模の公立病院では9割超**。
- ・ 1公立病院あたりの**平均即応病床数は20床**。許可病床に占める即応病床の割合＝**転換率は6%**。
- ・ 病床規模が小さくなるほど転換率は低下。**99床以下規模の公立病院の転換率は200床規模の半分程度**。

①

②

③

④

①／③

②／①

②／④

公立病院の病床規模	① 都道府県 病床確保計画 対象公立病院数	② ①の公立病院 最終フェーズ 即応病床数	③ 公立病院総数	④ ③の公立病院 許可病床数
500床以上	91	3,993	92	57,049
499～400床以下	74	2,331	77	34,005
399～300床以下	116	2,805	120	40,088
299～200床以下	91	1,660	99	24,070
199～100床以下	165	1,681	203	30,317
99～20床以下	109	608	258	16,364
合計	646	13,078	849	201,893

①／③ 計画対象 公立病院の割合	②／① 1病院あたり 即応病床数	②／④ 即応病床への 転換率
99%	44	7%
96%	32	7%
97%	24	7%
92%	18	7%
81%	10	6%
42%	6	4%
76%	20	6%

※最終フェーズにおける即応病床数は厚生労働省「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査」(令和4年10月21日現在)より

※病小規模は、令和3年度の許可病床数(令和3年度地方公営企業決算状況調査)。

# 公立病院経営強化の推進

○ 公立病院は、これまで再編・ネットワーク化、経営形態の見直しに取り組んできたが、依然として経営状況は厳しく、以下の課題に対応しながら地域医療提供体制を確保するためには、経営を強化していくことが重要。

- ・人口減少、少子高齢化に伴う医療需要の変化
- ・医師・看護師等の不足
- ・医師の時間外労働規制(R6.4～)への対応
- ・新興感染症への備え 等

総務省

&lt;令和4年3月&gt;

「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」の策定・地方団体への通知・公表

地方団体

&lt;令和4年度又は5年度中&gt;

「公立病院経営強化プラン」の策定

## 公立病院経営強化プランの内容

### (1) 役割・機能の最適化と連携の強化

- ・地域医療構想等を踏まえた当該病院の果たすべき役割・機能
- ・地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割・機能
- ・機能分化・連携強化

各公立病院の役割・機能を明確化・最適化し、連携を強化。特に、地域において中核的医療を行う基幹病院に急性期機能を集約して医師・看護師等を確保し、基幹病院以外の病院等は回復期機能・初期救急等を担うなど、双方の間の役割分担を明確化するとともに、連携を強化することが重要。

### (2) 医師・看護師等の確保と働き方改革

- ・医師・看護師等の確保（特に、不採算地区病院等への医師派遣を強化）
- ・医師の働き方改革への対応

### (3) 経営形態の見直し

### (4) 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

### (5) 施設・設備の最適化

- ・施設・設備の適正管理と整備費の抑制
- ・デジタル化への対応

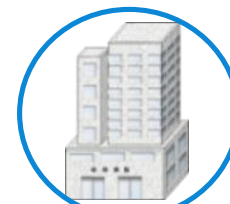
### (6) 経営の効率化等

- ・経営指標に係る数値目標

## 機能分化・連携強化のイメージ(例)

医師・看護師等を確保

回復期機能・初期救急等を担う



基幹病院

急性期機能を集約

連携を強化

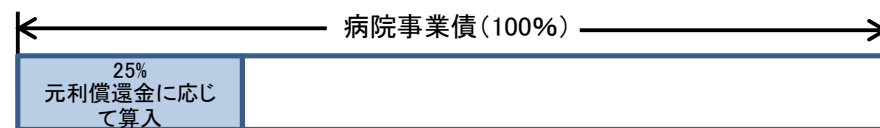
医師派遣・遠隔診療等



基幹病院以外の不採算地区病院等

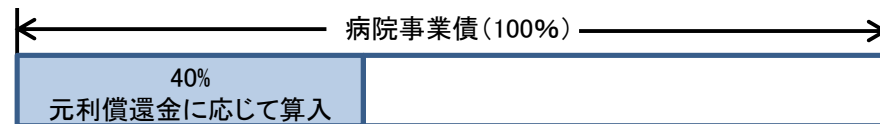
## 【病院事業債】

### 《通常の整備》



※元利償還金の1/2について一般会計から繰出

### 《機能分化・連携強化に伴う整備(特別分)》



※元利償還金の2/3について一般会計から繰出

# 「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」の概要

(令和4年3月29日付け総務省自治財政局長通知)

## 第1 公立病院経営強化の必要性

- 公立病院は、これまで**再編・ネットワーク化、経営形態の見直し**などに取り組んできたが、**医師・看護師等の不足**、人口減少・少子高齢化に伴う医療需要の変化等により、依然として、**持続可能な経営を確保しきれない病院も多い**のが実態。
- また、コロナ対応に公立病院が中核的な役割を果たし、**感染症拡大時の対応における公立病院の果たす役割**の重要性が改めて認識されるとともに、病院間の役割分担の明確化・最適化や医師・看護師等の確保などの取組を平時から進めておく必要性が浮き彫りとなった。
- 今後、**医師の時間外労働規制への対応**も迫られるなど、さらに厳しい状況が見込まれる。
- 持続可能な地域医療提供体制を確保するため、**限られた医師・看護師等の医療資源を地域全体で最大限効率的に活用する**という視点を最も重視し、新興感染症の感染拡大時等の対応という視点も持って、**公立病院の経営を強化していくことが重要**。

## 第2 地方公共団体における公立病院経営強化プランの策定

- 策定期間 令和4年度又は令和5年度中に策定
- プランの期間 策定年度又はその次年度～令和9年度を標準
- プランの内容 **持続可能な地域医療提供体制を確保**するため、地域の実情を踏まえつつ、必要な**経営強化の取組**を記載

### 公立病院経営強化プランの内容

#### (1) 役割・機能の最適化と連携の強化

- ・ 地域医療構想等を踏まえた当該病院の果たすべき役割・機能
- ・ 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割・機能
- ・ **機能分化・連携強化**

各公立病院の役割・機能を明確化・最適化し、連携を強化。特に、地域において中核的医療を行う基幹病院に急性期機能を集約して医師・看護師等を確保し、基幹病院以外の病院等は回復期機能・初期救急等を担うなど、双方の間の役割分担を明確化するとともに、連携を強化することが重要。

#### (2) 医師・看護師等の確保と働き方改革

- ・ **医師・看護師等の確保** (特に、不採算地区病院等への医師派遣を強化)
- ・ 医師の**働き方改革**への対応

#### (3) 経営形態の見直し

#### (4) 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

#### (5) 施設・設備の最適化

- ・ 施設・設備の適正管理と整備費の抑制
- ・ デジタル化への対応

#### (6) 経営の効率化等

- ・ 経営指標に係る数値目標

## 第3 都道府県の役割・責任の強化

- 都道府県が、市町村のプラン策定や公立病院の施設の新設・建替等にあたり、地域医療構想との整合性等について積極的に助言。
- 医療資源が比較的充実した**都道府県立病院等が、中小規模の公立病院等との連携・支援を強化**していくことが重要。

## 第4 経営強化プランの策定・点検・評価・公表

- 病院事業担当部局だけでなく、企画・財政担当部局や医療政策担当部局など関係部局が連携して策定。関係者と丁寧に意見交換するとともに、策定段階から議会、住民に適切に説明。
- 概ね年1回以上点検・評価を行い、その結果を公表するとともに、必要に応じ、プランを改定。

## 第5 財政措置

- **機能分化・連携強化**に伴う施設整備等に係る病院事業債(特別分)や**医師派遣**に係る特別交付税措置を**拡充**。

# 公立病院経営強化プラン策定状況、機能分化・連携強化の検討状況

総務省「公立病院経営強化プラン策定状況等調査」(調査時点:令和4年7月末)

## 調査結果

### ① 公立病院経営強化プラン策定状況

- プランの策定作業着手については、公立病院の94%が令和4年度から経営強化プランの策定に着手している。策定予定年度については、令和5年度までの策定が85%であるものの、**検討中の病院が14%**ある。

公立病院数	策定作業着手年度				策定(予定)年度			
	令和4年度 (着手済含む)	令和5年度	うち令和3年度に新 プランを策定し、そ れに基づき取組を実 施中の病院	その他 (廃止予定等)	令和4年度 (策定済含む)	令和5年度	検討中	その他 (廃止予定等)
853	799 (93.7%)	50 (5.9%)	22 (2.6%)	4 (0.5%)	220 (25.8%)	506 (59.3%)	123 (14.4%)	4 (0.5%)

85%

### ② 機能分化・連携強化の検討状況

- 機能分化・連携強化について、**既に関係病院間で取組について合意済みの病院は15%**あり、「**検討中**」を含めると**33%**に達する一方、「**今後検討**」が**55%**と最も多く、取組の検討が遅れている。また、**12%**の病院が「**検討予定なし**」「**その他**」としている。

公立病院数	機能分化・連携強化の検討状況					
	関係病院間で 合意済み	関係病院間で 検討中	自病院で 検討中	今後検討	検討予定なし	その他
853	127 (14.9%)	96 (11.3%)	60 (7.0%)	472 (55.3%)	61 (7.2%)	37 (4.3%)

33%

12%

# 公立病院経営強化に係る都道府県の取組状況

総務省「公立病院経営強化プラン策定状況等調査」(調査時点:令和4年7月末)

## 調査結果

### ③ 都道府県庁の取組状況

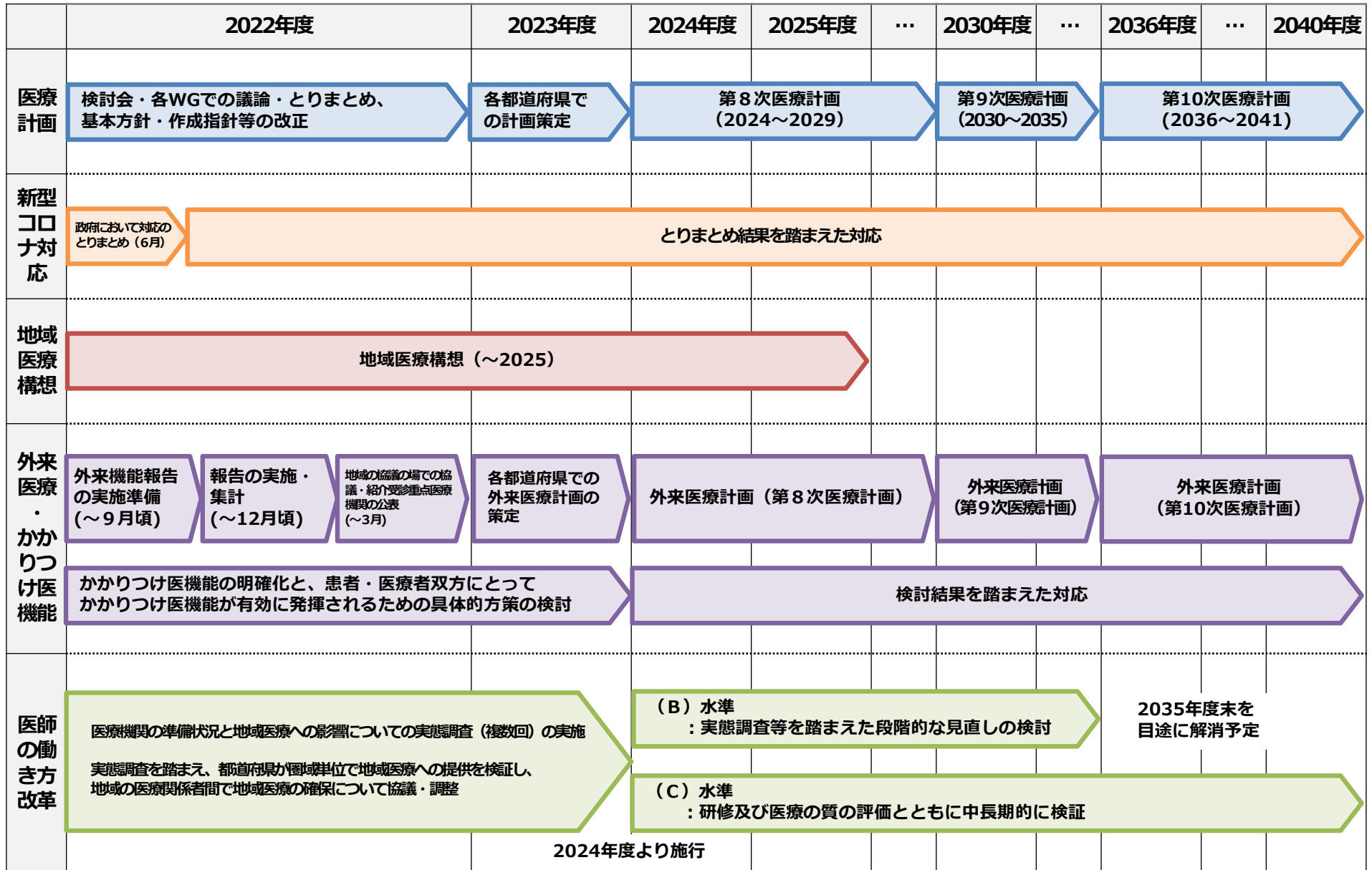
- 公立病院への調査に加えて、都道府県に対して公立病院経営強化に係る取組状況について調査を実施した。
- **都道府県内** (市町村担当課、医療政策担当課、県立病院担当課) の連携状況については、**41都道府県が連携している**。今回の調査を機に連携を深化させた都道府県もあった。
- **経営強化プランの策定段階から地域医療構想調整会議の意見を聴く機会**については、**39都道府県が設けておらず**、うち、**13都道府県は検討中**としている。
- **市町村のプラン策定に係る助言の実施状況**については、**35都道府県が実施**している又は実施予定ありとしている一方、**12都道府県は検討中**としている。
- **都道府県立病院等と中小規模の病院・診療所との連携・支援の状況**については、**26都道府県が連携・支援**を行っているが、**17都道府県が検討中**としており、その他を含む21都道府県については連携・支援が行われていない。

#### ○都道府県庁の取組状況

(単位:都道府県)

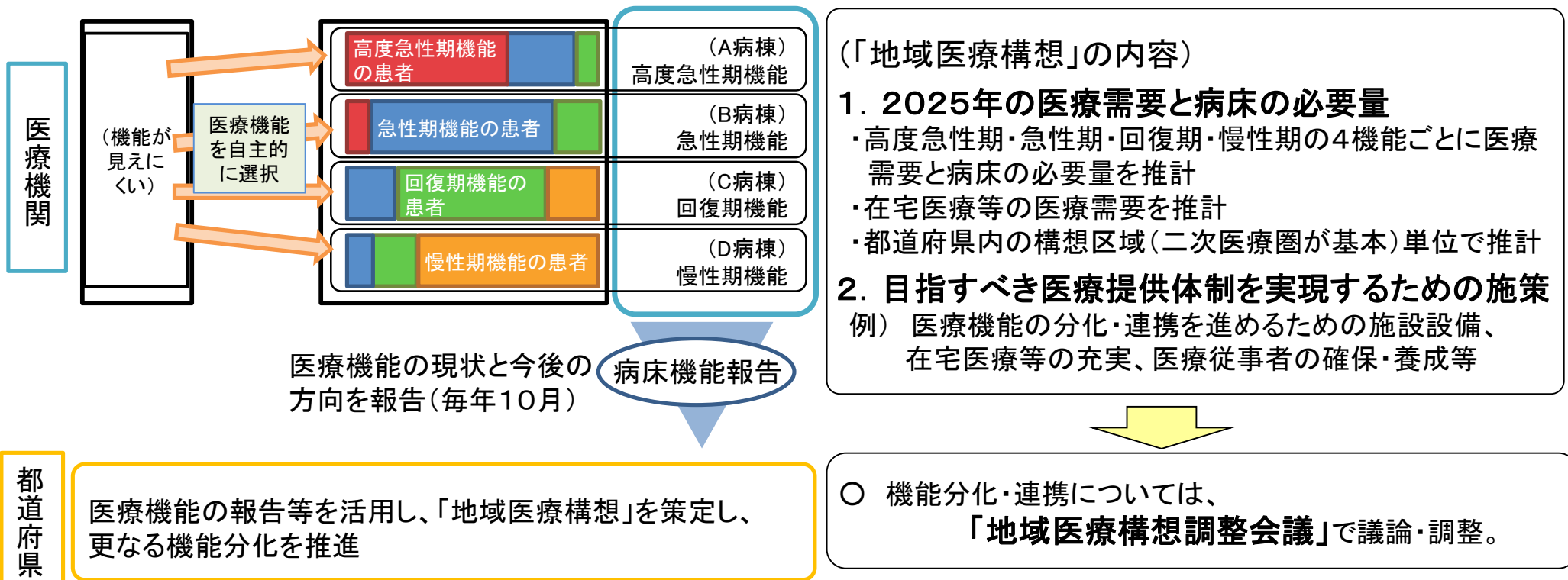
都道府県庁内における 部局間の連携			策定段階から地域医療構想調整会議の 意見を聴く機会を設けるかどうか			市町村のプラン策定に係る 助言の実施状況			都道府県立病院等における、 不採算地区病院をはじめとする 中小規模の公立病院・診療所との 連携・支援の対応方針				
連携 している	連携予定 あり	検討中	設けている	設ける予定 あり	検討中	実施 している	実施予定 あり	検討中	連携・支援を 強化予定	現在の連携・ 支援を継続 予定	検討中	その他	
41	6	0	8	26	13	17	18	12	10	16	17	4	
			39			35			26			21	





# 地域医療構想について

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「**地域医療構想**」として策定。  
その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「**病床機能報告**」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「**地域医療構想調整会議**」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



# 2021年度病床機能報告について

令和4年6月16日 厚生労働省  
「第5回地域医療構想及び医師確保計画  
に関するワーキンググループ」資料2

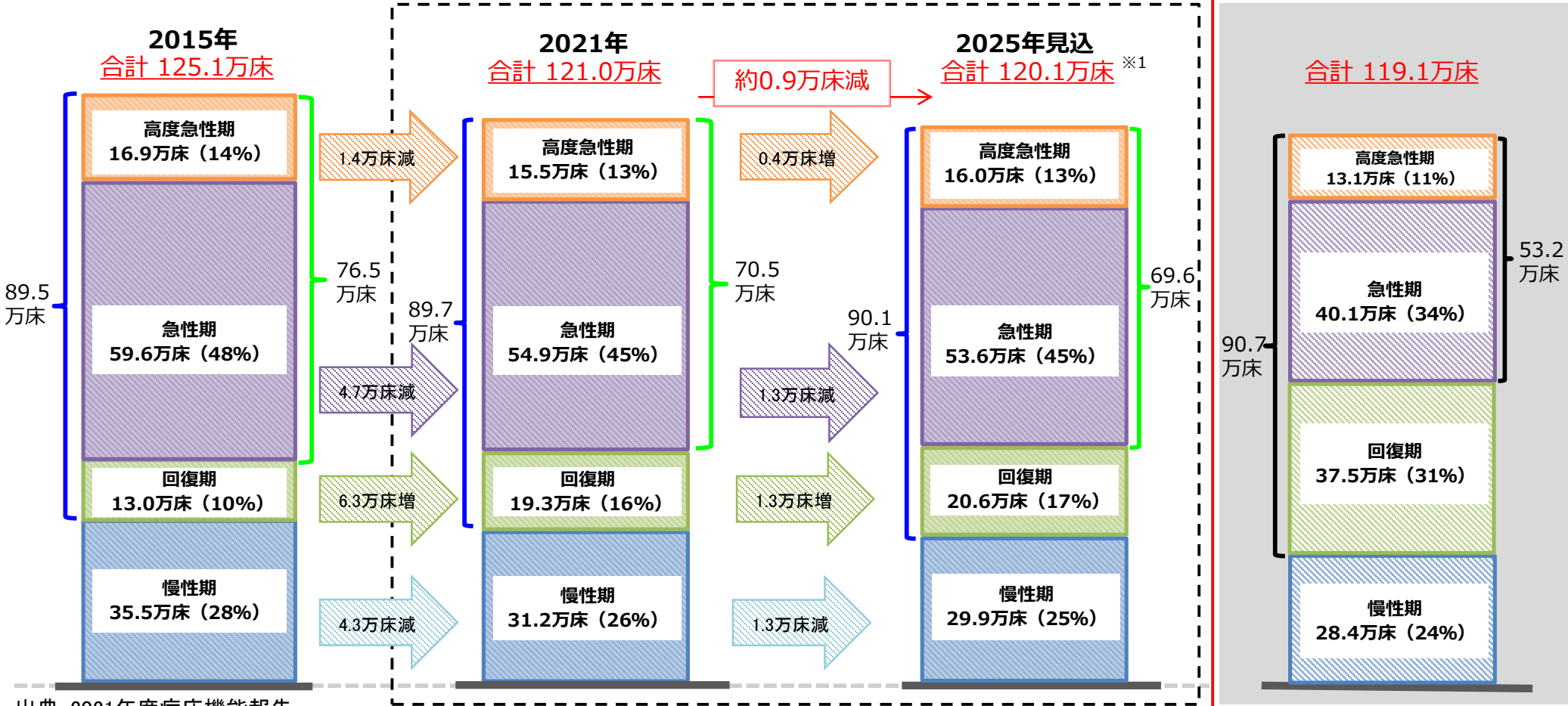
## 2015年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告) ※6

## 2021年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告) ※6

地域医療構想における2025年の病床の必要量  
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点) ) ※4 ※6



出典: 2021年度病床機能報告

※1: 2021年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率) 2015年度病床機能報告: 13,863/14,538(95.4%)、2021年度病床機能報告: 12,484/12,891(96.8%))

※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(\*): 19,645床(参考 2020年度病床機能報告: 18,482床)

\*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

※6: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

# 「地域医療構想の進め方について」（抄）

（令和4年3月24日付け医政発第0324第6号 各都道府県知事宛て 厚生労働省医政局長通知）

## 1. 基本的な考え方

今後、各都道府県において第8次医療計画（2024年度～2029年度）の策定作業が2023年度までかけて進められる際には、各地域で記載事項追加（新興感染症等対応）等に向けた検討や病床の機能分化・連携に関する議論等を行っていただく必要があるため、その作業と併せて、2022年度及び2023年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行う。

その際、各都道府県においては、今回の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により病床の機能分化・連携等の重要性が改めて認識されたことを十分に考慮する。

また、2024年度より医師の時間外労働の上限規制が適用され、2035年度末に暫定特例水準を解消することとされており、各医療機関において上限規制を遵守しながら、同時に地域の医療提供体制の維持・確保を行うためには、医療機関内の取組に加え、各構想区域における地域医療構想の実現に向けた病床機能の分化・連携の取組など、地域全体での質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の確保を図る取組を進めることが重要であることに十分留意する。

なお、地域医療構想の推進の取組は、病床の削減や統廃合ありきではなく、各都道府県が、地域の実情を踏まえ、主体的に取組を進めるものである。

## 2. 具体的な取組

「人口100万人以上の構想区域における公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」（令和3年7月1日付け医政発0701第27号厚生労働省医政局長通知）2.(3)において、「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等、地域医療構想の実現に向けた今後の工程に関しては、新型コロナウイルス感染症への対応状況に配慮しつつ、各地域において地域医療構想調整会議を主催する都道府県等とも協議を行いながら、厚生労働省において改めて整理の上、お示しすることとしている。」としていたことについては、2022年度及び2023年度において、公立・公的・民間医療機関における対応方針の策定や検証・見直しを行うこととする。

このうち公立病院については、病院事業を設置する地方公共団体は、2021年度末までに総務省において策定する予定の「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」を踏まえ、病院ごとに「公立病院経営強化プラン」を具体的対応方針として策定した上で、地域医療構想調整会議において協議する。

また、民間医療機関を含め、議論の活性化を図るため、必要に応じて以下の観点も参照するとともに、重点支援区域の選定によるデータ分析等の技術的支援なども併せて活用し、議論を行う。

- これまでの我が国の医療は**医師の長時間労働**により支えられており、今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担がさらに増加することが予想される。
- こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・国民に対して提供される**医療の質・安全**を確保すると同時に、**持続可能な医療提供体制**を維持していく上で重要である。
- **地域医療提供体制の改革**や、各職種の専門性を活かして患者により質の高い医療を提供する**タスクシフト/シェアの推進**と併せて、医療機関における**医師の働き方改革**に取り組む必要がある。

## 現状

### 【医師の長時間労働】

病院常勤勤務医の約4割が年960時間超、約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働

特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い

### 【労務管理が不十分】

36協定が未締結や、客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在

### 【業務が医師に集中】

患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

## 目指す姿

**労務管理の徹底、労働時間の短縮により医師の健康を確保する**



**全ての医療専門職それぞれが、自らの能力を活かし、より能動的に対応できるようにする**



**質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供**

## 対策

### 長時間労働を生む構造的な問題への取組

#### 医療施設の最適配置の推進

(地域医療構想・外来機能の明確化)

#### 地域間・診療科間の医師偏在の是正

#### 国民の理解と協力に基づく適切な受診の推進

### 医療機関内での医師の働き方改革の推進

#### 適切な労務管理の推進

#### タスクシフト/シェアの推進

(業務範囲の拡大・明確化)

一部、法改正で対応

#### <行政による支援>

- ・医療勤務環境改善支援センターを通じた支援
- ・経営層の意識改革(講習会等)
- ・医師への周知啓発等

### 時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用 (2024.4～) 法改正で対応

#### 地域医療等の確保

医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成

評価センターが評価

都道府県知事が指定

医療機関が計画に基づく取組を実施

医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保
<b>A</b> (一般労働者と同程度)	<b>960時間</b>	<b>義務</b>	努力義務
<b>連携B</b> (医師を派遣する病院)	<b>1,860時間</b>		<b>義務</b>
<b>B</b> (救急医療等)	<b>※2035年度末を目標に終了</b>		
<b>C-1</b> (臨床・専門研修)	<b>1,860時間</b>		
<b>C-2</b> (高度技能の修得研修)			

#### 医師の健康確保

##### 面接指導

健康状態を医師がチェック

##### 休息時間の確保

連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制(または代償休息)

# 2024年4月に向けたスケジュール

医師についての時間外労働の上限規制の適用開始（改正労働基準法の施行）

2021年度

2022年度

2023年度

2024年度

## 時短計画案の作成

都道府県の指定を受けようとする場合は、第三者評価を受審する前までに作成

※時間外労働が年960時間を超えている医師がいる医療機関は、時短計画を作成し取り組むよう努め、その時短計画に基づく取組（PDCA）に対して都道府県が支援

連携B水準

B水準

C-1水準

C-2水準

## 医療機関勤務環境評価センターによる第三者評価

労働時間実績や時短の取組状況进行评估

※第三者評価に関する規定は2022年4月施行

## 都道府県による特例水準医療機関の指定 （医療機関からの申請）

地域医療への影響等を踏まえた都道府県の判断

※都道府県の指定に関する事前準備規定は2022年4月施行

C-1水準

## 臨床研修・専門研修プログラムにおける時間外労働時間数の明示

※開始年限は、臨床研修部会等において検討

C-2水準

## 審査組織による医療機関の個別審査

特定の高度な技能の教育研修環境を審査

※審査組織における審査に関する規定は2022年4月施行

時間外労働が年960時間以下の医師のみの医療機関は都道府県の指定不要

## 特例水準の指定を受けた医療機関

- 時短計画に基づく取組み
- 特例水準適用者への追加的健康確保措置
- 定期的な時短計画の見直し、評価受審

連携B水準

B水準

C-1水準

C-2水準

※一医療機関は一つ又は複数の水準の指定  
※特例水準は、指定の対象となった業務に従事する医師に適用される。

労務管理の一層の適正化・タスクシフト／シェアの推進の取組み

# 医師の働き方改革に向けた取組状況(労働時間の把握状況)

## 調査結果

総務省「公立病院経営強化プラン策定状況等調査」(調査時点:令和4年7月末)

### ④ 医師の働き方改革に向けた取組状況 ～労働時間の把握状況について～

- 医師の自病院での労働時間の把握状況については、74%の病院が把握済みであるが、26%の病院は把握できていない状況である。

#### 医師の自病院での労働時間の把握状況

	把握済	令和4年度中に把握予定	令和5年度にずれこむ予定	その他
853病院中	628 (73.6%)	147 (17.2%)	42 (4.9%)	36 (4.2%)

26%

- 副業・兼業先も含めた労働時間については51%の病院が把握しており、49%の病院は把握していない状況である。

#### 自病院の医師の副業・兼業先も含めた労働時間の把握状況

	把握済	令和4年度中に把握予定	令和5年度にずれこむ予定	その他
853病院中	436 (51.1%)	228 (26.7%)	104 (12.2%)	85 (10.0%)

49%

# 医師の働き方改革に向けた取組状況(時間外労働の把握状況)

総務省「公立病院経営強化プラン策定状況等調査」(調査時点:令和4年7月末)

## 調査結果

### ④ 医師の働き方改革に向けた取組状況 ～時間外労働の状況について～

- 時間外労働の上限である年960時間を超える医師がいる病院は、自病院のみで36%である。副業・兼業先を含めると37%であるが、「その他」の回答が多く、年960時間を超えて勤務している医師はより多い可能性がある。

令和3年の医師の時間外・休日労働時間の状況

	自病院のみ			
	年1860時間超の医師がいる病院	年960時間～1860時間の医師がいる病院 (左記を除く)	年960時間以下の医師のみの病院	その他 (把握していない等)
853病院中	36 (4.2%)	274 (32.1%)	487 (57.1%)	56 (6.6%)

36%

	副業・兼業先を含め			
	年1860時間超の医師がいる病院	年960時間～1860時間の医師がいる病院 (左記を除く)	年960時間以下の医師のみの病院	その他 (把握していない等)
853病院中	37 (4.3%)	279 (32.7%)	295 (34.6%)	242 (28.4%)

37%



# 医師の働き方改革に向けた取組状況(特例水準)

総務省「公立病院経営強化プラン策定状況等調査」(調査時点:令和4年7月末)

## 調査結果

### ④ 医師の働き方改革に向けた取組状況 ～特例水準について～

- 特例水準については、各水準の要件に該当する(該当するか検討中も含む)病院は36%であり、62%の病院は、特例水準の要件に該当しないと回答している。
- 特例水準の取得要件に該当する(該当するか検討中も含む)病院のうち、51%の病院が特例水準を取得するかどうか検討中としている。

#### ○特例水準の申請・指定状況

該当病院 (実数)	特例水準(要件)	要件該当する (該当するか検討中も含む)	うち		
			取得意向あり	取得意向なし	検討中
853病院中 308病院 (36%)	連携B(医師を派遣する病院)	109	26	11	72
	B(救急医療等)	271	131	27	113
	C-1(臨床・専門研修)	122	46	15	61
	C-2(高度技能の修得研修)	61	11	8	42
	合計		延べ563	延べ214	延べ61

※531病院(62%)が特例水準の要件に該当しないと回答。

288/563≒51%

※特例水準:上記の連携B、B、C-1、C-2水準を満たせば、年1860時間以内の時間外労働が認められる。

# 医師の働き方改革に向けた取組状況(宿日直許可)

総務省「公立病院経営強化プラン策定状況等調査」(調査時点:令和4年7月末)

## 調査結果

### ④ 医師の働き方改革に向けた取組状況

#### ～宿日直許可について～

- 宿日直許可の取得状況については、38%が取得済であるが、47%が取得意向はあるものの取得していない状況である。また、宿日直許可の取得意向がある病院のうち、申請済は3%と少なく、令和5年度までに申請予定が51%と最も多い一方、42%が検討中となっている。

※宿日直許可を取得していない場合、宿日直の時間全てが「時間外労働」にカウントされ、時間外労働時間の増加の大きな要因となる。

#### ○宿日直許可の取得・申請状況

	a	b	c	d	
	取得したいすべての診療科・時間帯で取得済	取得したい診療科・時間帯のうち一部で取得済	取得したいが全く取得していない	取得意思なし	未回答
853 病院中	323 (37.9%)	82 (9.6%)	401 (47.0%)	33 (3.9%)	14 (1.6%)

#### ○上記b、c(計483病院)のうち、宿日直許可の申請状況

	申請済	令和5年度までに申請予定	検討中	申請予定なし	その他
483 病院中	12 (2.5%)	245 (50.7%)	202 (41.8%)	8 (1.7%)	16 (3.3%)

### 1 建築単価の見直し

公立病院の新設・建替等に対する**地方交付税措置の対象となる建築単価の上限を、最近の資材費高騰等の状況を踏まえ、40万円/㎡から47万円/㎡へ引き上げる**こととし、令和4年度の病院事業債から適用。

### 2 不採算地区病院等に対する特別交付税基準額引き上げの継続

不採算地区病院等について、コロナ禍においても病院機能を維持するために令和3年度に講じられた**特別交付税措置の基準額引き上げ(30%)措置を、令和5年度においても継続**。(公的病院等についても準じた措置を講ずる。)

### 3 公的病院等への財政措置の拡充

持続可能な地域医療提供体制を確保するため、地域医療構想や医師の働き方改革等へ対応しながら過疎地域等に必要な不採算・特殊医療を担う公的病院等の運営経費に対する地方公共団体の助成について、以下のとおり地方財政措置を拡充。

#### ① 公的病院等の医師・看護師等の派遣受入経費に係る特別交付税措置

医師・看護師等の確保が特に困難である、**過疎地域等に所在する又は救急医療を担う公的病院等の医師・看護師等派遣の受入に要する経費**に対する地方公共団体からの助成について、**新たに特別交付税により措置**(地方公共団体からの助成金額×0.6)。

#### ② 公的医療機関等が運営する無床診療所の運営経費に係る特別交付税措置

**過疎地域等に所在する公的医療機関等が運営する無床診療所の運営経費**に対する地方公共団体からの助成について、**新たに特別交付税により措置**(地方公共団体からの助成金額×0.8と710万円のいずれか小さい額)。

※地域医療構想を踏まえ役割・機能の見直しを行うなど、一定の要件を満たす公的病院等を措置の対象とする。

※公的病院等は以下の公的医療機関等が開設した病院・診療所を指す。

1. 日本赤十字社、2. 済生会、3. 北海道社会事業協会、4. 厚生連、5. 国民健康保険団体連合会、6. 普通国民健康保険組合、7. 公益社団法人、8. 公益財団法人、9. 社会福祉法人(済生会を除く。)、10. 学校法人、11. 社会医療法人、12. 健康保険組合、13. 国家公務員共済組合連合会、14. 公立学校共済組合

# 経営条件の厳しい地域に所在する公立病院への財政措置の拡充【R5継続】

- 民間病院の立地が困難な経営条件の厳しい地域に所在する公立病院(不採算地区病院)は、今般のコロナ禍においても、地域唯一又は主要な病院として、平素の医療に加え、発熱外来の開設、PCR検査、行政部門と連携した住民の健康相談対応やワクチン接種の促進等に取り組んでいる。
- コロナ禍においても、病院機能を維持し、地域医療提供体制を確保するため、直近の不採算地区病院の実態を踏まえ、令和3年度に行った不採算地区病院への特別交付税の基準額引上げ(30%)を令和5年度も継続することとする。

## 【不採算地区病院設置自治体】



不採算地区病院の運営に要する経費に係る一般会計繰出金

## 【不採算地区病院】



$$\text{特別交付税措置額} = \text{一般会計繰出金} \times 0.8$$

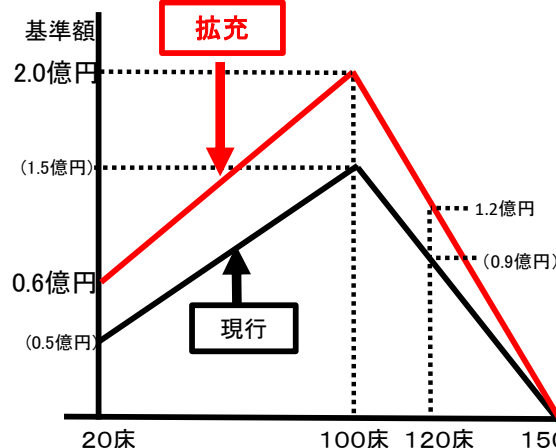
<病床数に応じた基準額あり>

- (第1種) 当該病院から最寄りの病院までの移動距離が15km以上
- (第2種) 当該病院の半径5km以内の人口が10万人未満  
※人口3万人以上の場合は基準額を減

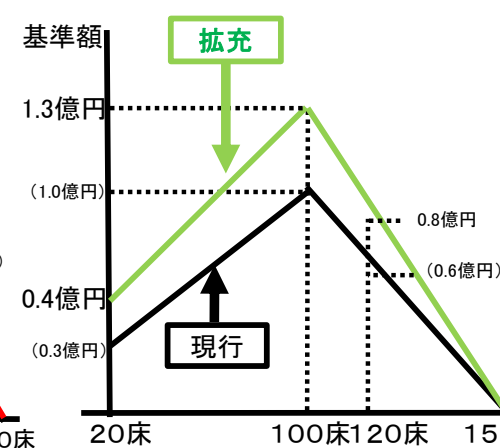
不採算地区病院について想定されるコストアップ  
に対応する観点から、基準額を**30%**引き上げ

<厚生連、日赤等の公的病院等も同様の措置を講じる>

### 1種の算定イメージ



### 2種の算定イメージ



# 公的病院等に対する地方財政措置の拡充(令和5年度)

持続可能な地域医療提供体制を確保するため、地域医療構想や医師の働き方改革等へ対応しながら過疎地域等に必要な不採算・救急医療を担う公的病院等について、その運営経費に対する地方公共団体の助成に係る地方財政措置を拡充。

## ① 公的病院等の医師・看護師等の派遣受入経費に係る特別交付税措置

医師・看護師等の確保が特に困難である、**過疎地域等に所在する又は救急医療を担う公的病院等の医師・看護師等派遣の受入に要する経費**に対する地方公共団体からの助成について、**新たに特別交付税により措置**。

### ○ 対象となる公的病院等

「公的医療機関等2025プラン」を策定している公的病院等※であって次の1又は2の要件を満たすこと

- i) 不採算地区病院の立地要件を満たすこと
- ii) 二次救急医療機関、三次救急医療機関又は初期救急医療機関

※診療所は、地域医療構想を踏まえた公的病院等の役割・機能の見直しに伴い診療所化したものであって、各都道府県の医療計画において5疾病6事業の対応医療機関として位置づけられていること

※派遣元の医療機関の種類は問わない

### ○ 不採算地区病院の立地要件

- (第1種) 当該病院から最寄りの病院までの移動距離が15km以上
- (第2種) 当該病院の半径5km以内の人口が10万人未満

### ○ 対象経費

医師・看護師等の派遣を受けることにより生じる経費(旅費、派遣元医療機関への負担金)

※通常の医師等の派遣に加え、下記の場合も対象とする。

- ・研修参加により医師等が不足する期間の派遣受入経費
- ・臨床研修医の地域医療研修の受入に係る旅費

ただし、以下の場合は対象外とする

- 1) 派遣元である医療機関と派遣先公的病院等が相互に医師、看護師等を派遣する場合
- 2) 同一の経営主体の医療機関から医師、看護師等の派遣を受ける場合

### ○ 算定方法

上記対象経費に充てるための地方公共団体からの助成額 × 0.6

## ② 公的医療機関等が運営する無床診療所の運営経費に係る特別交付税措置

**過疎地域等に所在する公的医療機関等が運営する無床診療所の運営経費**に対する地方公共団体からの助成について、**新たに特別交付税により措置**。

### ○ 対象となる無床診療所

不採算地区病院の立地要件を満たす、役割・機能の見直しを行い、地域医療提供体制の確保に取り組む無床診療所※

※地域医療構想を踏まえた公的病院等の役割・機能の見直しに伴い診療所化したものであって、各都道府県の医療計画において5疾病6事業の対応医療機関として位置づけられていること

### ○ 算定方法

無床診療所の運営経費に対する地方公共団体からの助成額 × 0.8 又は 710万円のいずれか少ない額



※公的病院等は以下の公的医療機関等が開設した病院・診療所を指す。

1. 日本赤十字社、2. 済生会、3. 北海道社会事業協会、4. 厚生連、5. 国民健康保険団体連合会、6. 普通国民健康保険組合、7. 公益社団法人、8. 公益財団法人、9. 社会福祉法人(済生会を除く。)、10. 学校法人、11. 社会医療法人、12. 健康保険組合、13. 国家公務員共済組合連合会、14. 公立学校共済組合

# 医師・看護師派遣等に係る地方財政措置

- 限られた医師・看護師等の医療資源を地域全体で最大限効率的に活用するため、基幹病院等からの医療従事者の確保が困難である過疎地域等の公立病院・診療所に対する医師・看護師等の派遣に係る経費に対して特別交付税を措置。
- 医療従事者の働き方改革にも対応するため、令和4年度から、看護師、薬剤師、技師等の医療従事者の派遣、公立診療所への派遣を追加するとともに、医師・看護師等を派遣する医療機関に対する措置を拡充。
- 令和5年度から、派遣を受け入れる医療機関の対象に、過疎地域等に所在する又は救急医療を担う公的病院等を追加。

## 派遣する医療機関

### ○対象医療機関

公立病院、一般行政病院、公立診療所又は公的病院等※からの要請を受けて、医師、看護師等を派遣する医療機関

※ 大学附属医療機関、国及び国関係機関が開設する医療機関を除く

### ○対象経費

下記の経費への繰出金又は助成金に対して特別交付税措置

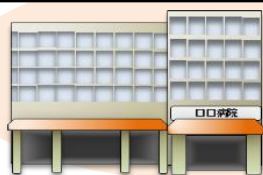
- ・ 派遣期間中に支出する医師、看護師等の職員給与費相当額
- ・ 派遣により看護師等が不足する期間に新たに雇用する非常勤看護師等の人件費

### ○算定方法

基準額（単価×派遣日数）と

一般会計繰出額×0.8（R3年度までは0.6）のどちらか少ない額

## 基幹病院等



医師・看護師等を派遣  
※同一自治体間（同一経営主体間）の派遣は対象外

## 派遣を受け入れる医療機関

### ○対象医療機関

※ 赤字下線はR5拡充部分

公立病院、一般行政病院、公立診療所又は公的病院等※

※ 派遣元の医療機関の種類は問わない

※ 対象となる公的病院等（①②両方の要件を満たすこと）

① 「公的医療機関等2025プラン」を策定していること※

② 不採算地区病院の立地要件を満たすこと

又は

初期救急医療機関、二次救急医療機関又は三次救急医療機関であること

※診療所は、地域医療構想を踏まえて役割・機能の見直しに伴い診療所化したものであって、医療計画において5疾病6事業の対応医療機関として位置づけられていること

### ○対象経費

医師・看護師等の派遣を受けることにより生じる経費（旅費、派遣元医療機関への負担金）への繰出金に対して特別交付税措置

※ 報酬、賃金、手当等の労働の対価として支払った経費は対象外

通常の医師等の派遣に加え、下記の場合も対象とする。

○ 研修参加により医師等が不足する期間の派遣受け入れ経費

○ 臨床研修医の地域医療研修の受け入れに係る旅費

### ○算定方法

一般会計繰出額×0.6（公的病院等は、地方団体からの助成額×0.6）

## 医師・看護師等が不足している医療機関



# 公立病院経営強化プランの記載事項(施設・設備の最適化について)

(公立病院経営強化ガイドラインより)

## (5) 施設・設備の最適化

○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

### ① 施設・設備の適正管理と整備費の抑制

- 各公立病院は、厳しい経営状況が続く中で、**今後、人口減少や少子高齢化の急速な進展に伴い医療需要が変化していくことを踏まえ、長期的な視点をもって、病院施設や設備の長寿命化や更新などを計画的に行うことにより、財政負担を軽減・平準化するとともに、投資と財源の均衡を図ることが必要である。**
- このため、**経営強化プランの計画期間内における施設・設備に係る主な投資(病院施設に係る新設・建替・大規模改修、高額な医療機器の導入等)について、長寿命化・平準化や当該病院の果たすべき役割・機能の観点から必要性や適正な規模等について十分に検討を行った上で、その概要を記載する。**その際、(6)④に述べる**収支見直しにも、反映させることが必要である。**
- 既存施設の長寿命化等の対策を適切に講じた上で、なお**新設・建替等が必要となる場合**には、**地域医療構想等との整合性を図った当該公立病院の役割・機能や規模等を記載**する。
- ※ 引き続き**建築単価の抑制**を図るとともに、**整備面積の精査等による整備費の抑制**に取り組むべきである。その際、発注関係事務の一部又は全部を民間に委託する**CM (Construction Management) 方式**、設計段階から施工者が関与する**E C I (Early Contractor Involvement) 方式**、**設計施工一括発注方式**などの設計段階等において民間事業者等の専門的な知見を活用する新たな手法の活用や、整備費のみならず供用開始後の維持管理費の抑制を図る観点から**PPP / PFI**を活用することも考えられる。
- ※ **新興感染症等の感染拡大時に必要な施設・設備を予め整備**する必要性についても、新設・建替等に当たっては特に検討が必要である。

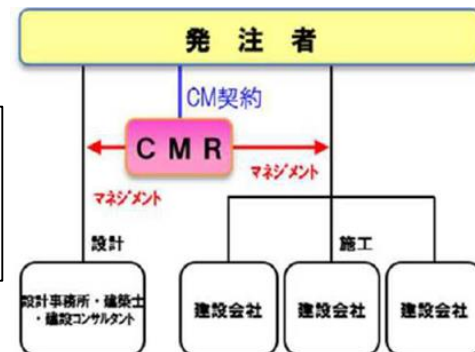
※ **新設・建替等を予定している公立病院については、機能分化・連携強化の必要性、適切な規模、地域医療構想との整合性などを含め、都道府県が特に積極的な助言や提案を行うことが期待される。**

# 公立病院の新設・建替等における整備費の抑制手法について

## 発注者における体制確保を図る方式

### CM方式

コンストラクションマネージャー（CMR）が、技術的な中立性を保ちつつ発注者の側に立って、設計・発注・施工の各段階において、設計の検討や工事発注方式の検討、工程管理、品質管理、コスト管理などの各種のマネジメント業務の全部又は一部を行う方式。CMRが適切な助言・提案・資料作成等を実施することで発注者を補完できる効果などが期待される。



※CM方式とECI方式等の契約方式は併用可能

## 事業プロセスの対象範囲に応じた契約方式

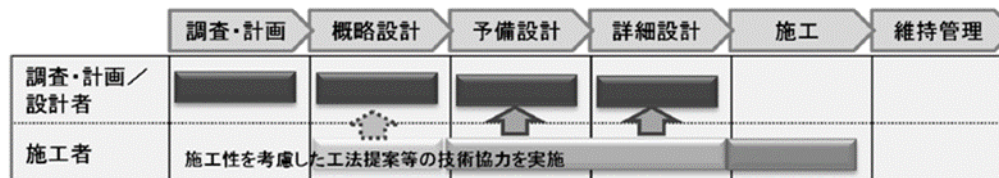
### 通常の発注方式

別途実施された設計に基づいて確定した工事の仕様により、その施工のみを発注する方式。



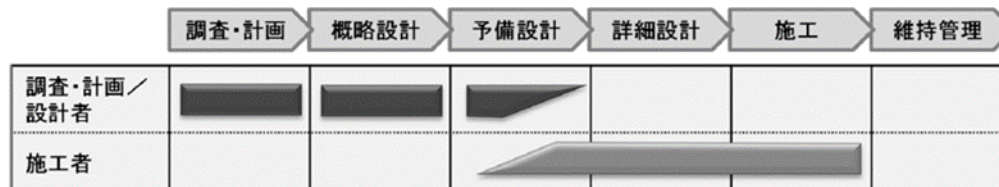
### ECI方式

設計段階から施工者が関与することで、発注時に詳細仕様の確定が困難な事業に対応する方式。設計段階で種々の代替案の検討が可能となる効果や、施工段階における施工性等の面からの設計変更発生リスクの減少といった効果などが期待される。



### 設計・施工一括発注方式

建造物の構造形式や主要諸元も含めた設計を、施工と一括して発注する方式。デザインビルド方式とも呼ばれる。施工者のノウハウを反映した現場条件に適した設計、施工者の固有技術を活用した合理的な設計が可能となる効果や、設計と施工を分離して発注した場合に比べて発注業務が軽減される効果などが期待される。



【図出典】国土交通省「公共工事の入札契約方式の適用に関するガイドライン」（令和4年3月改正）

## 公立病院における活用事例

CM方式（通常発注方式） 島田市立総合医療センター（R3年開院）※国土交通省「CM方式活用事例集」掲載事例

CM方式・ECI方式の併用 下呂市立金山病院（H24年開院）、三豊市立みとよ市民病院（R4年開院予定）

設計・施工一括発注方式 松戸市立総合医療センター（H29年開院）、川西市立総合医療センター※CM方式併用（R4年開院予定）



# コンストラクション・マネジメント(CM)方式の活用効果の例

## 【500床規模の基幹病院において、CM方式を採用し、当初のスケジュールを維持したまま建設事業費を削減した例】

- 平成25年度に基本構想完成。当初予定の建設事業費は、185億円。
- 平成28年度に基本設計が終了。建設事業費の見込が、316億円に増加（予定から131億円増）。
- 平成29年度にコンストラクション・マネジメント方式を導入。  
⇒ コンストラクション・マネージャー（CMR）より、コスト抑制策の立案や、発注方式の提案などについてアドバイスを受け、当初のスケジュールを維持しつつ、46億円のコスト削減を実現。
- 令和4年1月：新病院開院

### 【自治体が目指す方向性】

#### 中核病院にふさわしい病院建物の実現

- 中核病院にふさわしい病院機能とすることを最優先とする
- 診療環境や療養環境に加え、スタッフの労働環境にも配慮した病院の実現

### 【自治体の目標を踏まえたCMRの取組の方向性】

#### 高い防災性と医療環境を有した病院建築の実現

- 基本的な防災機能は変更しない
- 同規模、同機能な病院のデータから基本設計の内容を比較評価し、分析

### 【目標の達成】

#### 中核病院にふさわしい医療環境と高い防災性の実現

- 中核病院にふさわしい、高度医療環境を有した病院建築を実現
- 高い防災性と浸水対策を実現
- 充実した診療空間、労働環境を実現

#### 事業費の削減

- CMRは、事業費46億円の削減と、建設費は225億円とする目標を設定

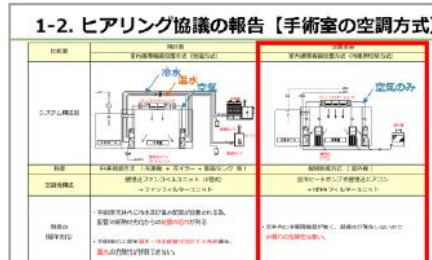
#### ライフサイクルコストを考慮した46億円のコスト削減

- 基本設計の内容を精査し、医療機能を保持したまま縮小可能な部分を抽出し、面積の削減を目指す
- ライフサイクルコストの削減を目指す

#### 46億円のコスト削減の実現と更なる予備費の確保を実現

- 46億円のコスト削減を実現
- 新型コロナ対応に伴う施設整備の追加、療養環境の向上に伴う変更などにより、7.3億円の追加工事が発生したが、当初予算から約8千万円の予備費を残して竣工

### <CMRの助言内容の例>



代表構成員	第2構成員	第3構成員
建築主体	全国	所在県
建設電気	全国	近隣県
建設空調	全国	所在県
建設管	全国	近隣県
昇降機	全国	所在県
ES事業	全国	



病院部門面積 ベンチマークとの比較検証

病院特有設備の変更提案：手術室空調方式

地域経済の活性化

既存病院・新病院配置

# 新設・建替等、病院事業債(特別分・一般会計出資債)、除却等経費に係る特別交付税措置に関する手続

		起債協議・特別交付税のスケジュール	新設・建替等	病院事業債 (特別分・一般会計出資債)	除却等経費に係る特別交付税
N-2年度	11月		N-1年度に基本設計に着手する事業について、総務省に新設・建替等に関する調書等を提出	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">                     ・新設・建替等に当たって病院事業債(特別分)を活用する場合は、左欄の提出に合わせて、機能分化・連携強化計画等を提出することも可能。                 </div>	
			↓		
N-1年度	4月		基本設計に着手		
	9月		↓	N年度で協議予定の事業について、総務省に機能分化・連携強化計画等を提出 ※1	
	2月		N年度に実施設計に着手する事業について、総務省に新設・建替等に関する調書等を提出 ※1	↓	<div style="border: 1px dashed red; padding: 5px; color: red;">                         ※1:総務省は、地域医療構想との整合性に係る都道府県の意見に基づき適当と認められるものについて、その旨を通知する。                     </div>
		↓			
N年度	4月		実施設計に着手	↓	
	6月上旬	1次協議総務省提出期限	1次協議 ※2	1次協議 ※2	
	9月上旬	特別交付税基礎数値調査(繰出金調査)回答期限	<div style="border: 1px dashed blue; padding: 5px; color: blue;">                         ※2:起債協議等の手続では、※1の通知の写しを添付する。(除却等経費に係る特別交付税については、次年度以降、再度措置を受けようとする場合には、基礎数値の報告時に合わせて提出。)                     </div>		基礎数値の報告とあわせて総務省に機能分化・連携強化計画等を提出 ※1
	11月			↓	↓
	1月上旬	2次協議総務省提出期限	2次協議 ※2	2次協議 ※2	
	3月	3月分の特交交付			特交交付

# 公立病院の新設・建替等における総務省の確認事項

## 総務省の確認事項（手続通知第1の4）

### （1）事業内容

- ① 改修や改築ではなく、新設又は建替とする理由
- ② 当該病院の役割・機能
- ③ 他の医療機関との機能分化・連携強化の予定※
- ④ 整備する病院の規模
- ⑤ 医師・看護師等の確保方策
- ⑥ 収支の見通し
- ⑦ 新興感染症等の感染拡大時に備えた対応
- ⑧ ①～⑦に係る都道府県の確認結果

※：経営強化ガイドラインでは、経営強化プランに機能分化・連携強化の記載が特に必要な公立病院として、新設・建替等を行う病院を挙げている。

### （2）地域医療構想との整合性に関する都道府県の確認結果（注）

- ① 計画されている当該病院の役割や新設・建替等後の病床機能別の病床数が、地域医療構想に則しているか
- ② 地域医療構想調整会議での合意の状況（予定含む。）
- ③ 当該病院以外の病院における地域医療構想の実現に向けた取組状況
- ④ 当該病院の新設・建替等後の機能別病床数や、地域医療構想の実現に向けた他の病院の取組及び当該都道府県の取組を含めた、構想区域全体としての地域医療構想の実現の見通し

注1：精神科専門病院の新設・建替等や総合病院のうち精神科部分のみの新設・建替等の場合を除く。

注2：都道府県立病院や指定都市立病院の場合も、都道府県の医療政策担当課の確認が必要。

## 地域医療構想との整合性の確認の観点（手続通知「様式4」から）

- ① 地域医療構想における2025年の機能別必要病床数の実現に向けて、当該病院がこれまで行ってきた取組
- ② 地域医療構想における2025年の機能別必要病床数に照らして、当該病院で整備予定の機能別病床数は適切か
  - ・新設・建替等団体は、適切と考える場合はその理由を記入
  - ・都道府県の意見は、構想区域内で当該病院が担う役割を踏まえて、新設・建替等後の機能別病床数が、その役割を踏まえた対応になっているか、という観点から記入
- ③ 当該病院以外の病院における地域医療構想の実現に向けた取組の状況（都道府県のみ記入）
  - ・都道府県の意見は、新設・建替等を行う病院の役割との違いを踏まえて記入
- ④ 地域医療構想における2025年の機能別必要病床数の実現に向けて都道府県で行っている取組と、実現の見通し（都道府県のみ記入）
  - ・都道府県の意見は、都道府県において地域医療構想の実現のために取り組んでいること（取組予定含む）及び地域医療構想の実現の見通しについて記入
  - ・なお、②において、当該新設・建替等が地域医療構想と整合していると評価するためには、②の当該病院における機能別病床数の見直しや、③における当該病院以外での取組又は本欄において記入する都道府県の取組によって、構想区域全体として地域医療構想の実現に向けた見通しが立つことが必要であることに留意すること。

- オンライン資格確認の導入により、
  - ・ 医療機関・薬局の窓口で、患者の直近の資格情報等が確認でき、期限切れの保険証による受診で発生する過誤請求や手入力による手間等による事務コストが削減できる。
  - ・ マイナンバーカードを用いた本人確認を行うことにより、医療機関や薬局において特定健診等の情報や診療／薬剤情報等を閲覧ができるようになり、より良い医療を受けられる環境となる。
- オンライン資格確認は、**令和5年4月から医療機関及び薬局において原則義務化。**

※令和4年12月23日の中医協答申において、**やむを得ない事情**(①令和5年2月までにベンダーと契約締結したが、導入に必要なシステム整備が未完了の保険医療機関、薬局(システム整備中)、②オン資に接続可能な光回線のネットワーク環境が整備されていない保険医療機関、薬局(ネットワーク環境事情)、③訪問診療のみを提供する保険医療機関、④改築工事中、臨時施設の保険医療機関、薬局、⑤廃止、休止に関する計画を定めている保険医療機関、薬局、⑥その他特に困難な事情がある保険医療機関・薬局)がある**保険医療機関・薬局は、期限付きの経過措置を受けることとなった。**

### 【公立病院の運用状況等】

(令和5年1月1日時点)

① 公立病院総数(一般行政病院含む)	…	878	} 合計 99.8%
② 令和5年1月1日時点開始済みの病院	…	841 (95.8%)	
③ 令和5年4月1日までに運用開始予定の病院	…	35 (4.0%)	

**原則義務化となる令和5年4月1日には概ね全ての公立病院で運用開始済みとなる見込み。あわせて、公立診療所も、導入に向けた速やかな対応が必要。**

(参考) 民間病院等を含めた全病院での運用開始施設数(令和5年1月8日時点)

4,349施設／8,186施設(53.1%)

- 地方公営企業決算状況調査は、地方公営企業法に定める経営原則に則り、公営企業の経営が効率的になされているかどうかを検討する基礎資料となるもの。
- 公営企業の全面的な見える化を進めている中で、これまで以上に明確かつ正確な計上が求められる。
- 一方、繰出金の当該調査への計上について、繰出基準額の考え方や、実繰出額の区分整理について認識の相違があると考えられる事例が見受けられたことから、「病院事業及び下水道事業に係る地方公営企業決算状況調査にあたっての留意点について」(平成28年4月28日付け総務省自治財政局準公営企業室事務連絡)を通知。

### 「病院事業及び下水道事業に係る地方公営企業決算状況調査にあたっての留意点について」(公立病院に関する概要)

(平成28年4月28日総務省自治財政局準公営企業室事務連絡)

#### (1) 繰出基準額について

公立病院に対する繰出金は、総務省繰出基準により、主に、①特定の経費のうちその経営又は運営若しくは実施に伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額と、②特定の事務等に要する経費の二つの類型に区分される。

そのうち①については、「建設改良費及び企業債元利償還金の2分の1」のように明確に基準が定められているものを除き、その経営等に伴う収入をもって充てることができないと認められるものの全額(以下「収支差額」という。)が繰出基準額となる。

②については、「医師及び看護師等の研究研修に要する経費の2分の1」のように明確に基準が定められているものを除き、その事務等の実施に要する経費の全額(以下「所要額」という。)が繰出基準額となる。

#### (2) 繰出基準額の計上について

- ① 交付税単価その他独自の繰出基準により算出した額をもって繰出基準額として計上している場合にあっては、収支差額又は所要額を繰出基準額として計上すること。
- ② 実繰出額が収支差額又は所要額を下回る場合にあっては、当該実繰出額に係る繰出基準額を圧縮することなく、収支差額又は所要額を繰出基準額として計上すること。
- ③ 総務省繰出基準の対象となる経費ごとに区分計上せず特定の項目又は「その他」に一括して計上している実繰出額については、係る経費項目ごとに繰出金の区分計上が必要となるものであること。
- ④ 地方独立行政法人に対する繰出金に相当する支出についても、これに準じて適切に計上すること。

# 下水道事業における広域化・共同化の推進について

## <広域化・共同化の推進の背景・効果>

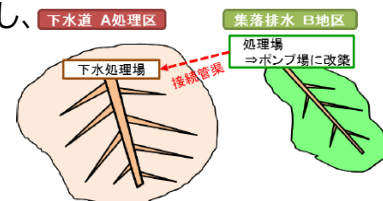
- 人口減少等に伴うサービス需要の減少、施設等の老朽化に伴う更新需要の増大等、下水道事業を取り巻く経営環境が厳しさを増しつつある中で、下水道事業の持続的な経営の確保が求められているところ。
- **管渠を接続し、汚水処理場を統合する方策が最も効率的**であり、市町村間の統合も積極的に推進する必要があるが、調整に難航するケースが多いことから、都道府県の調整が重要。
- 一方、地理的要因等により**汚水処理場の統廃合が困難な地域においても、維持管理・事務の共同化により、維持管理費用の削減等の効果**。

※広域化・共同化の効果事例：①秋田市単独公共下水道の県流域下水道への接続（処理場の統廃合により、維持管理約70億円、改築更新投資約50億円の削減（50年間の試算））  
②山形県新庄市と周辺6町村による処理場の集中管理（維持管理費用を年間約3,000万円削減）

## <「広域化・共同化計画」策定の要請>（国交省、農水省、環境省と連携）

- 平成30年1月に、「汚水処理の事業運営に係る「広域化・共同化計画」の策定について」を発出し、各都道府県に対し、**令和4年度までに「広域化・共同化計画」を策定することを要請**。
- 策定支援のため、令和2年4月に「広域化・共同化計画策定マニュアル（改訂版）」を作成・公表
- 令和3年1月に、システム標準化を含むデジタル化の推進に関する事項などを同計画に盛り込むよう事務連絡を发出。

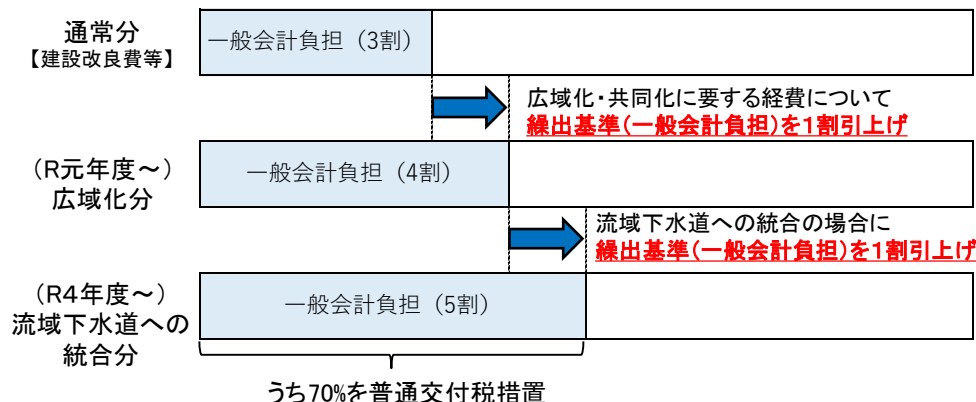
### 【処理場の統廃合】



## <地方財政措置（令和4年度拡充後）>

- 複数市町村の事業及び市町村内で実施する複数事業の施設の統合や同一下水道事業内の処理区統合に必要な管渠等の広域化・共同化に要する施設整備費について、**通常分から繰出基準を1割引上げ、元利償還金の28～56%を普通交付税措置**
- 流域下水道への統合のための接続管渠等の整備について、**更に繰出基準を1割引上げ、元利償還金の35～63%を普通交付税措置**

<処理区域内人口密度100人/ha以上の例>



<地方財政措置＝繰出基準×交付税措置率>

処理区域内人口密度 (人/ha)	通常分※1 【建設改良費等】	(R元年度～) 広域化分※2	(R4年度～) 流域下水道への 統合分
100以上	16%	28%	35%
75以上100未満	23%	35%	42%
50以上75未満	30%	42%	49%
25以上50未満	37%	49%	56%
25未満	44%	56%	63%

※1 通常分は事業費補正分に加え、5%の単位費用分を措置

※2 **令和4年度から同一下水道事業内の処理区統合を対象に追加**

# 下水道事業の広域化・共同化に係る地方財政措置の拡充(R5～)

## 1. 下水道事業債(広域化・共同化分)に係る地方財政措置の拡充

[趣旨]

- 広域化・共同化に係る維持管理・事務の共同化の検討に当たっては、システムの共同整備(機材の共同購入)にとどまらず、システムの共同整備を通じて集中監視・管理等の事務の共同処理を進めていくことが必要。

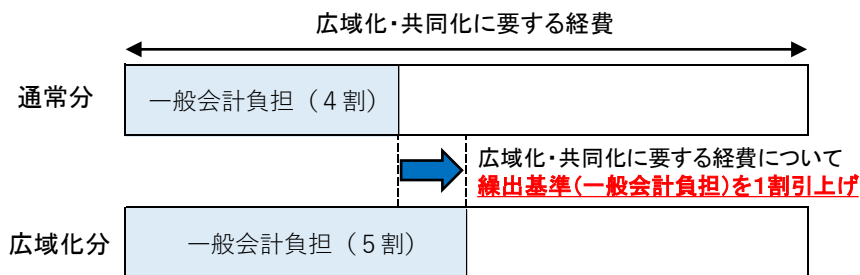
[拡充内容]

- **複数の地方公共団体が事務を共同で処理する際に必要なシステム整備費を下水道事業債(広域化・共同化分)の対象に追加。**

[地方財政措置]

- 地方負担額の100%に下水道事業債(広域化・共同化分)を充当し、処理区域内人口密度に応じ、**元利償還金の28～56%を普通交付税措置。**

≪処理区域内人口密度75以上100未満(人/ha)の例≫



<財政措置のスキーム> 交付税措置率(事業費補正分)

処理区域内人口密度(人/ha)	通常分	広域化分
25未満	44%	56%
25以上50未満	37%	49%
50以上75未満	30%	42%
75以上100未満	23%	35%
100以上	16%	28%

※ 通常分については、上記のほかに単位費用措置あり

※ 広域化分については、一般会計の負担を増額(3～7割→4～8割)し、その70%を交付税措置

## 2. 都道府県が実施する広域化・共同化の検討に要する経費

[趣旨]

- 広域化・共同化計画策定(～R4)後も都道府県がリーダーシップを発揮し、市町村への働きかけを継続的に行うことにより、計画の実行・充実を図ることが重要。
- そのため、広域化の効果額等の具体的試算や、広域化の支障の解消など、都道府県が更なる調査・検討を実施することが必要。

[拡充内容]

- **都道府県が実施する広域化・共同化を推進するための調査検討に要する経費について、普通交付税措置(令和5年度～令和7年度)。**

# 緊急自然災害防止対策事業費の大幅拡充・延長

- 近年、災害が激甚化・頻発化する中、地方団体が引き続き防災・減災、国土強靱化対策に取り組めるよう、緊急自然災害防止対策事業費について対象事業及び事業費を大幅拡充した上で、事業期間を延長
- 政府を挙げて取り組む流域治水対策等を対象事業に追加し、所要事業費として1,000億円を増額
- 延長期間は、「防災・減災、国土強靱化のための5か年加速化対策」の期間を踏まえ、5年間とする

【事業期間】 令和3年度～令和7年度

【事業費】 4,000億円（令和2年度：3,000億円（対前年度比：+1,000億円増、+3割増））

【地方財政措置】 充当率100%、交付税措置率70%

## 【対象事業】

### 1. 流域治水対策に資する地方単独事業を対象事業として拡充

#### 主な拡充内容



対象拡充部分



現行の対象事業

河川事業

↑  
国庫補助要件

【1級・2級河川】

10億円以上
10億円未満

一級・二級河川

【ダム】

4億円以上	10億円以上	1.5億円以上	1.5億円以上
4億円未満	10億円未満	1.5億円未満	1.5億円未満

改良事業      ダム施設改良事業      ダム下流河道整備事業      貯水池保全事業

流域治水対策

↑  
国庫補助要件

【支流対策】

4億円以上	
4億円未満	

準用河川      普通河川

【外水氾濫対策】

3,000m <sup>3</sup> 以上	地域全体の減災計画に位置付けあり	500m <sup>3</sup> 以上
3,000m <sup>3</sup> 未満	地域全体の減災計画に位置付けなし	500m <sup>3</sup> 未満

溜め池の整備      二線堤の築造      雨水貯留浸透施設の整備

【内水氾濫対策（下水道）】

口径300mm以上 (町村の場合)	3億円以上	口径300mm以上 (町村の場合)
口径300mm未満 (町村の場合)	3億円未満	口径300mm未満 (町村の場合)

雨水公共下水道      都市下水道      公共下水道（管渠を除く）

<一般会計事業>      <公営企業会計事業(※)>  
※公営企業会計繰出金に充当

【農業水利施設・林道】

(公共) 農: 200万円以上 林: 40万円以上	(公共) 4,000万円以上
(非公共) 農: 200万円未満 林: 40万円未満	(補助要件見直し) 4,000万円未満

農業水利施設（右記以外）・林道      防災重点農業用ため池

【都市公園】

3,000万円以上
3,000万円未満

豪雨対策（都市公園安全・安心対策緊急総合支援事業）

等

### 2. 道路防災について、小規模事業に限るとの現行の要件を撤廃した上で、橋梁・道路の洗掘・流失対策を追加

※現行の対象施設：道路防災（法面・盛土対策・冠水対策等）、河川、治山、砂防、地すべり、急傾斜地崩壊、農業水利防災、港湾・漁港防災 等



# 緊急自然災害防止対策事業債の拡充(公共下水道事業関係)

## 対象経費

公共下水道事業における以下の対象施設に係る整備事業に要する経費として一般会計から下水道事業会計に繰り出した額

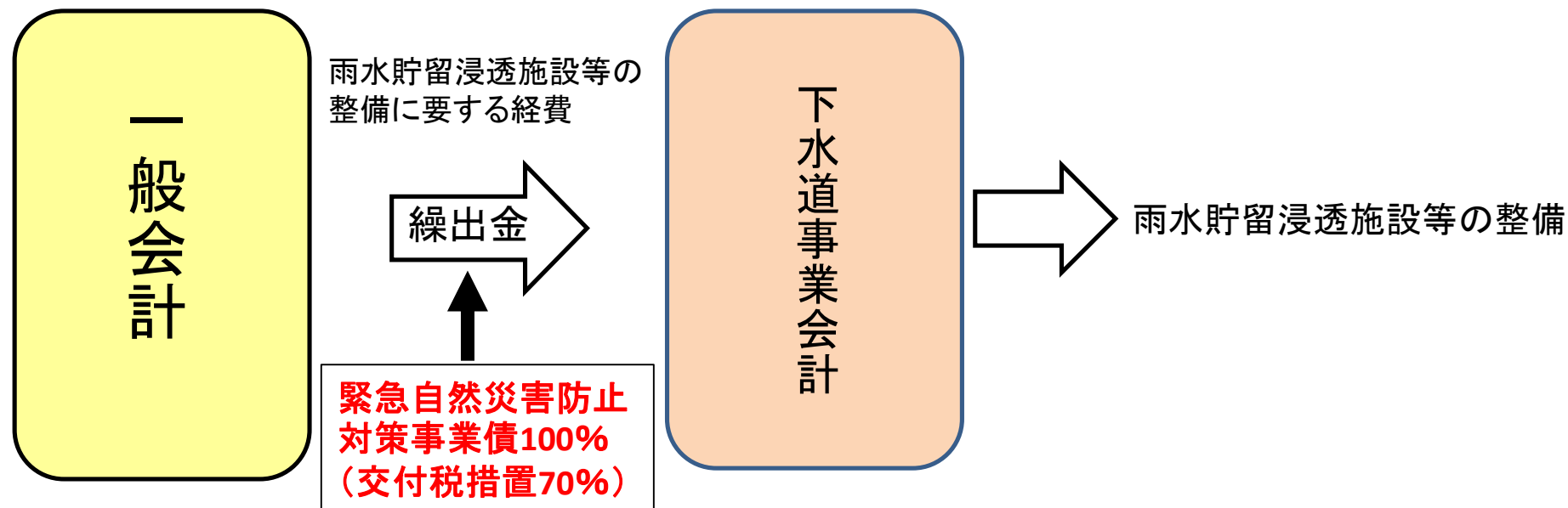
[対象施設] 雨水貯留浸透施設（雨水貯留管を含む）、雨水ポンプ、樋門、樋管

※ただし、流域治水対策に資する地方単独事業として実施するものに限る

## 財政措置

充当率100%

元利償還金の70%を交付税措置



※その他、一般会計事業として行う都市下水路、雨水公共下水道における内水氾濫対策事業にも緊急自然災害防止対策事業債の充当が可能

## ＜背景・趣旨＞

- ・ 公営企業の中で、観光施設事業及び宅地造成事業は、必ずしも住民生活に必要なサービスを提供するものではなく、また、社会経済情勢の変化等による事業リスクが相対的に高い事業。
- ・ 事業の採算性が著しく悪化した場合、累積した赤字を公費(税金)で処理することになり、住民生活に必要不可欠な公共サービスの縮小や住民負担の増大につながる恐れがあるため、財政負担リスクの限定を図る取組が必要。

## ＜内容＞ (平成23年12月28日付け総務副大臣通知等の概要)

### ①基本的な考え方

- 1 観光施設事業及び宅地造成事業(内陸工業用地等造成事業及び住宅用地造成事業に限る。)を新たに行う場合の留意事項
  - (1) 地方公共団体が公営企業により実施するのではなく、第三セクター等、法人格を別にして事業を実施すること。
  - (2) 事業自体の収益性に着目したプロジェクト・ファイナンスの考え方による資金調達を基本とすること。
  - (3) 法人の債務に対して地方公共団体による損失補償は行わないこと。
  - (4) 法人の事業に関して、地方公共団体による公的支援(出資・貸付け・補助)を行う必要がある場合には、公共性、公益性を勘案した上で必要最小限の範囲にとどめること。
- 2 1を踏まえた上でなお地方公共団体が観光施設事業及び宅地造成事業を新たに公営企業により実施する場合及び法人格を別にして事業を実施する場合の公的支援に係る地方債の発行について、原則として、当該団体の財政状況も勘案し、一定の基準未達の規模の事業に限り地方債の発行について同意又は許可を行う(②参照)。
- 3 既存の観光施設事業及び宅地造成事業並びにこれら以外の事業についても、地方公共団体の財政負担のリスクを限定する観点から、適切に対処する必要があること。

### ②地方債の取扱い(平成24年度～)

原則として、新規事業(新たに企業会計を設置し事業を開始する場合、大規模改築を行う場合等経営実態が大きく異なる場合を含む。)については、当該事業に係る起債予定額の総額が一定の基準未達(※)である事業を同意等の対象とする。

(※)次の算式によって算定した値が25%未達であること

$$\frac{A}{B} + \text{当該団体の実質公債費比率}$$

A 当該事業に係る起債予定額の総額(償還時の特定財源を除く。)

B 当該年度の前年度の標準財政規模の額から算入公債費等の額を控除した額

公的支援(出資・貸付け・補助)の場合は、記号Aに損失補償契約に係る債務を加える。